

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
ABCÈS DU FOIE

— ÉTUDE CRITIQUE DES DIVERS PROCÉDÉS EMPLOYÉS —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Juillet 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GUSTAVE FLANDIN

Né le 24 Novembre 1864 à Saint-Privat de Champelos (Gard)

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL DE GRENOBLE



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1893

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
ABCÈS DU FOIE

— ÉTUDE CRITIQUE DES DIVERS PROCÉDÉS EMPLOYÉS —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Juillet 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GUSTAVE FLANDIN

Né le 24 Novembre 1864 à Saint-Privat de Champelos (Gard)

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL DE GRENOBLE



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1893

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. Doyen.
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		J. TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale.		X.
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		GROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. PERRET, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON, —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. POLLOSSON.	MM. ROUX.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
CONDAMIN	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
COURMONT.	LANNOIS.	ROLLET (ÉTIENNE)	BOUVEAULT,
DEROIDE.	LINOSSIER.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé.
DEVIC	PERRET.		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. PONCET, Président; M. GANGOLPHE, Assesseur; MM. DEVIC et JABOULAY, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA GRAND'MÈRE

Je dédie ce travail.

Qu'il soit un gage de mon affection et de ma profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Plus de cent cinquante publications sur les abcès du foie ont précédé la nôtre depuis le début du siècle seulement. Y a-t-il encore quelque chose à dire? Certainement et beaucoup. Il y a tellement à dire que nous n'avons pas la prétention de faire un travail complet sur la question. Notre but est plus modeste. Nous ne traiterons que de l'ouverture de ces abcès, cherchant à fixer le chirurgien sur la conduite à tenir, pour cela nous basant sur les travaux antérieurs et sur le résumé de ces travaux; cherchant enfin à émettre quelques idées qui seront bonnes, soyez-en sûrs, puisqu'elles nous ont été inspirées en grande partie par M. le D^r Poncet, ancien chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur de clinique chirurgicale dans la Faculté de la même ville.

Nous sommes heureux d'adresser à cet excellent maître des remerciements aussi respectueux que sincères ;

ne craignant pas de dire que, si nous sommes parvenu à mener à bien ce modeste travail, sans parler de nos études antérieures, c'est à lui que nous en sommes redevable.

Que M. le professeur Lépine nous permette de lui exprimer également toute notre gratitude. A côté de ces deux illustres maîtres, nous plaçons comme ayant droit à notre reconnaissance, M. le professeur agrégé Jaboulay, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu ainsi que nos maîtres de Grenoble, MM. les D^{rs} Berger, Girard, Montaz et Comte.

Il est enfin un maître illustre entre tous qui a guidé nos premiers pas dans nos études médicales, qui, j'ose le dire, nous a traité en ami plutôt qu'en élève. Je veux parler de M. le professeur Ollier. Qu'il nous permette de lui adresser les remerciements d'un élève parfois indocile, mais toujours respectueux et profondément reconnaissant.

A tous les amis enfin, et ils sont nombreux, qui nous ont facilité notre tâche de n'importe quelle façon nous disons merci. Cette tâche pour n'être pas très difficile n'en est pas moins pénible. Ce n'est pas peu de chose que de compiler une quantité considérable de publications, de les résumer, de traduire des ouvrages anglais ou allemands, etc., etc., et de faire du tout un composé succinct ; résumé qui indique la meilleure conduite à tenir en présence d'un abcès du foie, soit qu'il tire son origine

des maladies intertropicales, soit qu'il provienne d'infections acquises dans nos climats. A notre avis, la meilleure façon de mener à bien cette tâche, c'est de la diviser méthodiquement. C'est ce que nous nous proposons de faire en passant successivement en revue tous les traitements proposés jusqu'à ce jour, et ils sont nombreux, pour arriver à une conclusion basée sur les méthodes ou plutôt sur la méthode qui a donné jusqu'ici les meilleurs résultats, nous réservant de la discuter et d'y introduire quelques variantes conformes aux données scientifiques les plus récentes. Cette dernière partie sera tirée de notre appréciation personnelle, le résultat de nos observations propres, enfin l'expression de nos idées qui ne sont que le pâle reflet de celles de nos maîtres plus autorisés, en particulier de M. le professeur Poncet et de M. le professeur agrégé Jaboulay.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ABCÈS DU FOIE

ÉTUDE CRITIQUE DES DIVERS PROCÉDÉS EMPLOYÉS

CHAPITRE PREMIER

Divers traitements employés jusqu'en 1880 où parut le procédé de Stromeyer-Little ¹.

A tout seigneur, tout honneur, et c'est bien le moins que nous commencions par parler du traitement d'Hippocrate qui est loin d'être mauvais. Il conseille d'ouvrir le plus tôt au fer rouge. Le difficile pour lui n'est pas de traiter l'abcès, c'est de le diagnostiquer, ce en quoi il a parfaitement raison. Dans tous les cas, c'est le traitement qui se rapproche le plus de celui que l'on emploie actuellement.

Après Hippocrate nous voyons Aretée donner un signe de diagnostic d'une grande valeur : « la même que la dou-

¹ Une bonne partie des indications de cet historique nous a été fournie par la thèse du D^r Francoz (Paris, 1873), ancien interne des hôpitaux de Lyon, thèse que M. le D^r Meynet a eu l'obligeance de nous communiquer.

leur du genou dans la coxalgie », pour vous servir de l'expression du *Traité de chirurgie*. Je veux parler de la propagation de la douleur au cou et à l'épaule droite. Le traitement préconisé par Aretée est aussi l'ouverture au fer rouge.

Le troisième et dernier auteur ancien, qui ait parlé des abcès du foie, c'est Galien. Il appelle ses malades *hepatici* et se contente de commenter l'affection sans indiquer de traitement bien précis. Après cette triade d'antiques illustres, nous voyons tous les auteurs du moyen âge garder un silence aussi réservé que prudent. C'est à peine si Alexandre de Tralles, Forestus, Coelius Aurelianus, Sennert, Rivière, Bertholin, etc., en font une mention accessoire dans leurs écrits. Ambroise Paré lui-même se contente de donner quelques indications opératoires sans insister beaucoup et avec raison puisqu'il se contente de remplacer le fer rouge par le bistouri, beaucoup plus meurtrier à cette époque.

Avec Bonnet¹ et Bianchi² l'école de Genève crée le mot *hepatitis*. Grâce aux progrès de l'anatomie pathologique, ces auteurs ont vu un peu plus clair dans la nature de ces abcès, mais ils n'en ont pas soupçonné la cause. Ils se sont abstenus d'ailleurs l'un et l'autre d'opérer, et ne parlent que d'après des autopsies. Valsalva³ se contente aussi de laisser l'abcès s'ouvrir dans les voies biliaires et d'autopsier son malade.

Boerhaave et van Swieten⁴ réunissent en bloc dans une

¹ *Sepulchretum anatomicum*, Genève, 1700.

² *Historia hepatica*, Genève, 1725.

³ Valsalva, *Epistola anatomica*.

⁴ *Commentaria in Boerhaavii aphorismos*.

description plus que confuse toutes les maladies possibles du foie. Ils insistent cependant sur la nécessité d'ouvrir les abcès le plus tôt possible sans indiquer de quelle façon. A cette époque on n'y regardait pas de si près.

Morgagny¹ a paru s'occuper plus spécialement de la question. Il a cité l'ouverture possible dans la plèvre, le poumon, l'estomac, le duodenum, les voies biliaires, la veine cave, etc., et enfin le péritoine. Il ne conseille d'intervenir au bistouri, que lorsque l'abcès pointe à l'extérieur. C'est là une conduite qui paraît exorbitante comme prudence, nous verrons cependant plusieurs praticiens de valeur la préconiser jusqu'à ces dernières années.

En poussant le cours chronologique de notre étude, nous en arrivons aux communications de Souiller dans les *Mémoires de l'Académie de médecine* en 1730 et de Bertrandi et Andouillé dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* de 1757. Ces derniers auteurs donnent libre cours à leur imagination sur la nature et la pathogénie de ces abcès. Ils confondent l'infection purulente avec les abcès de foie et la grande origine qu'ils leur trouvent, ce sont les plaies de tête. Bertrandi discute longuement sur les avantages et les inconvénients de la saignée du pied en pareil cas, saignée qui, d'après lui, amène l'ictère, nous ne savions vraiment pas pour quelle raison. Il cite un cas d'abcès du foie que Vesale se proposait d'ouvrir. Le malade mourut subitement et il avait... un cancer du pylore.

La communication de Bertrandi attribuée, je ne sais pourquoi, à Andouillé qui s'est contenté de la commenter brièvement est intéressante en ce sens qu'elle indique, outre

¹ Morgagny, trente-sixième lettre anatomique.

l'ouverture au fer rouge, l'ouverture au moyen des caustiques d'après Lyster. C'est la première fois que nous voyons un auteur parler de cette ouverture au moyen des caustiques, procédé qui a encore ses partisans comme nous le verrons dans la suite. Mais poursuivons notre étude rétrospective.

Larrey, en 1812, dans le *Mémoire de Chirurgie militaire*, tome II, conseille l'ouverture directe au bistouri. C'est le procédé de Stromeyer-Little avec intervention plus tardive. Ce procédé fut abandonné malgré les succès qu'il avait donnés à son auteur et nous ne le voyons plus paraître avant l'antisepsie.

A partir de ce moment les travaux se multiplient. Les Anglais aux Indes, les Français en Algérie ont fréquemment l'occasion de traiter les abcès du foie. Leur vraie cause est soupçonnée et nous voyons naître plusieurs traitements dont quelques-uns sont encore aujourd'hui défendus par des praticiens timorés. Je veux parler de l'incision au bistouri en plusieurs temps d'après Graves ou Begin, de l'évacuation par la ponction d'après Cambey et Cameron, de l'ouverture à la potasse, procédé de Recamier renouvelé de Lyster et enfin de l'ouverture de l'abcès avec fixation du foie à la paroi par des points de suture d'après Horner. Nous reviendrons en temps et lieu sur ce dernier procédé. N'oublions pas toutefois les *procédés* de Morchead, Mac-Lean et Budd qui recommandent de ne rien faire du tout. Si l'abcès s'ouvre dans les bronches ou l'intestin, tant mieux ; s'il s'ouvre dans le péritoine ou s'il ne s'ouvre pas du tout, tant pis. Le malade en sera quitte pour mourir.

La liste des travaux parus depuis Larrey en 1812 est

fort longue. Inutile, croyons-nous, de la donner en entier, mais nous ne pouvons la passer complètement sous silence. La voici en abrégé : En France, nous trouvons les recherches d'Andral (*Archives générales de médecine*, 1824) et celles de Gendrin (*Traité des inflammations*, t. I, Paris, 1826). Viennent ensuite *Traité des maladies du foie*, par Bonnet (Lyon, 1828) ; l'article de Bouillaud (*Journal complémentaire du dictionnaire des sciences médicales*, t. XXIV) ; les *Recherches anatomo-pathologiques* de Louis, de Cruveilhier, en 1855 et 1856. Enfin les *Traités de pathologie interne*, de Hardy, Behier, etc., etc. N'oublions pas toutefois dans cette énumération la mémoire de Catteloup qui, le premier, signale la coïncidence des abcès du foie et de la dysenterie. Il était réservé à Combay en 1847, Haspel en 1850, à Louis, en 1860, et enfin à Dutroubau, en 1861, de prouver cette coïncidence ou plutôt les liens de parenté qui unissent ces deux maladies.

A l'étranger, nous voyons pendant ce temps paraître le *Traité des maladies du foie*, par Frerichs, mais les auteurs anglais surtout s'occupent de la question. Citons parmi ces derniers William Thompson (*A practical treatise of the diseases of the liver*, Edimbourg, 1841) ; Annesley (*Researches into the causes, nature and treatment of the more prevalent diseases in India*, London, 1841) ; Budd (*On diseases of the liver*, London, 1851) ; Morehead (*Clinical researches on diseases in India*, London, 1856) ; Mac-Lean (*On the treatment of acute hepatitis in its suppuration stage*, *The Lancet*, 1863), et enfin la réponse que Cameron fit à ce dernier article.

A partir de ce moment, nous n'avons plus qu'à citer les noms de Westermann, en 1867, et de Vessière dans le

Bulletin de Société d'anatomie, en 1873, les thèses de Francoz, en 1873, et celles de Dubain et Berger en 1877 ; enfin les cliniques de Gallard à la Pitié et la communication de Laveran aux *Archives de physiologie*, en 1879.

Tous les auteurs que nous avons cités jusqu'ici ne s'occupent que très peu de l'incision au bistouri. Seul Larrey l'avait pratiquée en 1812, à peu près de la même façon que Stromeyer-Little ; il n'avait pas eu d'imitateurs. Les rares audacieux qui osaient se servir du couteau attendaient tous pour ouvrir l'abcès que des adhérences se soient constituées, et les provoquaient au besoin, Graves en incisant jusqu'au péritoine exclusivement, Begin en ouvrant la paroi entière, y compris le péritoine. Enfin citons Horner qui avait essayé des adhérences artificielles au moyen de points de suture et qui s'était vu jeter la pierre par tout ce que le monde civilisé comptait de savants.

Restent les abtentionnistes tels que Morehead, MacLean et Budd et les partisans du trocart ou de la potasse caustique. Ces trois procédés sont le résumé de tous ceux proposés avant l'antisepsie. Nous croyons indispensable d'en faire une étude rapide avant d'aborder la méthode de Stromeyer-Little. Un mot suffira pour compléter l'étude des autres moyens d'ouverture préconisés par Graves, Begin, etc.

CHAPITRE II

Diverses méthodes autres que celle de Stromeyer-Little

Procédons par ordre dans l'examen des méthodes citées dans le paragraphe précédent.

Inutile d'abord de parler de Larrey et de Horner. Ces chirurgiens avaient nettement vu quelle était la meilleure conduite à tenir ; l'antisepsie seule leur manquait et leurs malades mourraient d'infection due non à l'ouverture de l'abcès, mais à celle du péritoine. Ceux de Horner mourraient plus que ceux de Larrey parce que sa manœuvre était plus compliquée. Ceux de Graves et de Begin, de Graves surtout échappaient plus sûrement à l'infection, mais leur méthode avait le tort de demander trop de temps dans des cas où le principal est souvent d'aller vite et bien.

Nous adressons le même reproche à la méthode de Recamier par la potasse caustique qui demande une quin-

zaine de jours pour arriver sur le pus. Aujourd'hui que nous nous décidons à intervenir plus vite, ce procédé serait acceptable à la rigueur, mais nous avons beaucoup mieux, il n'est donc plus de mise ; tout au plus peut-il rendre des services pour l'ouverture des kystes hydatiques, car alors généralement rien ne presse. Au moment où tous ces procédés à marche lente étaient en vogue, on ne se décidait à intervenir que très tard, le malade étant parfois dans le coma et tout retard apporté dans l'ouverture de la collection hépatique était une cause sérieuse d'insuccès. C'est, croyons-nous, la seule raison qui rend moins brillante la statistique de Recamier, si on la compare à celles que Cambey et Cameron obtenaient en employant un procédé d'une valeur moindre à notre avis, nous voulons parler de l'évacuation par le trocart aspirateur.

Cette méthode ne mérite pas, en effet, les reproches adressés aux précédentes, aussi son emploi a-t-il donné de meilleurs résultats. Elle a encore ses partisans les plus autorisés et, il y a quelques années à peine, nous avons vu M. le professeur Lépine y avoir recours. Pourquoi donc n'est-elle pas universellement employée ? Parce qu'elle place le plus souvent l'opérateur dans un dilemme. Ou le trocart est trop petit et il est insuffisant, ou il est gros et devient par cela même dangereux.

C'est d'abord un trocart qui devra rester plusieurs jours en place dans du tissu hépatique friable. S'il est trop gros, il pourra facilement s'échapper dans le péritoine quelques gouttes de pus passant entre le trocart et la plaie hépatique, d'où infection probable.

En second lieu, qu'on veuille bien songer à l'espèce de

pus qu'on a à évacuer. Il est presque toujours épais et rempli de grumeaux constitués par des débris de tissu hépatique. Que de difficultés n'offre pas l'évacuation d'une collection purulente semblable. Si le trocart est trop petit, il se bouchera infailliblement. Conclusion, quel parti prendre ? Aucun, répondaient beaucoup de praticiens. Ils avaient tort toutefois si l'on en juge par les résultats ; or, la fin justifie les moyens en médecine encore plus qu'ailleurs. Il est vrai que, si on parvenait à vider le pus, on avait les injections modificatrices de teinture d'iode ou autres substances du même genre qui, en transformant les parois de l'abcès, hâtaient sa guérison. Mais que de dangers ces injections n'offraient-elles pas. Si on injectait un liquide anodin tel que l'eau stérilisée et même l'eau boricuée, le but n'était pas atteint ; si on injectait une substance caustique ou toxique, on risquait de voir la canule se boucher et les malades mourir d'empoisonnement ou de perforations. C'est une méthode qui a le tort énorme aujourd'hui d'aller à l'aveugle et qui risque de manquer son but. Autrefois elle était bonne, alors qu'on craignait tant le bistouri, surtout lorsqu'il avait à ouvrir une grande séreuse telle que le péritoine. Si nous consultons les statistiques, elles prouvent surabondamment qu'on avait tort de s'abstenir et nous sommes étonnés en voyant que des praticiens de valeur ont eu et préconisé pareille conduite. Les chiffres les plus complets que nous puissions mettre sous les yeux du lecteur sont ceux fournis par de Castro et par la Société d'Alexandrie ; les voici : de Castro donne comme mortalité chez les opérés avec la potasse caustique ou le trocart : morts, 45 pour 100, non opérés morts, 75 pour 100. La statistique fournie par la

Société d'Alexandrie est encore plus brillante puisqu'elle donne 32 pour 100 de morts seulement chez les opérés. Nous verrons bientôt des chiffres de guérison encore plus favorables dus à la méthode de Little. Il n'en reste pas moins acquis que 25 pour 100 des malades guérissaient sans intervention. Comment ? C'est ce dont nous allons nous occuper dans le chapitre suivant en parlant des divers genres d'ouverture spontanée qui peuvent se produire, rangeant dans cette catégorie les ouvertures d'urgence qui ne méritent à aucun titre le nom de procédé d'intervention.

CHAPITRE III

Des diverses ouvertures spontanées.

L'ouverture spontanée des abcès du foie peut se produire dans les bronches, dans la plèvre, dans l'intestin avec ou sans l'intermédiaire des canaux biliaires et enfin dans le péritoine. Nous croyons également être dans le vrai en rangeant parmi les ouvertures spontanées celles où l'abcès pointe à l'extérieur à travers la paroi abdominale et où un simple coup de bistouri ou de thermo-cautère s'impose. Ce dernier genre d'intervention est de la chirurgie plus qu'élémentaire et les nègres du Soudan s'ouvrent eux-mêmes ces sortes d'abcès avec un couteau à double tranchant appelé *chotal*. Ce genre d'intervention n'est que du Stromeyer-Little au petit pied. Il n'a qu'un défaut, capital par exemple; c'est d'arriver comme les carabiniers d'Offenbach alors que la plupart du temps le malade est épuisé par une longue suppuration, par la fièvre et la cachexie palustre ou par toutes ces causes

réunies. Il est encore pratique pour les nègres qui résistent mieux que nous aux causes d'affaiblissement que nous venons d'énumérer, mais n'est pas soutenable en France. Restent les autres genres d'évacuation spontanée que nous allons passer rapidement en revue.

Si l'abcès s'ouvre dans les bronches; la guérison est possible et a été constatée dès la plus haute antiquité. Un bel exemple que nous puissions citer est celui dont parle Brandi dans les *Mémoires de la Société de chirurgie* de 1757. Le principal inconvénient de cette ouverture, c'est d'être insuffisante; aussi, voyons-nous dans ce cas Little et ses élèves conseiller l'intervention directe au bistouri pour vider l'abcès plus rapidement et éviter la cachexie ou la faire disparaître si elle existe déjà.

L'ouverture dans l'intestin par l'intermédiaire des canaux biliaires mérite le même reproche, mais il n'en est pas de même de l'ouverture directe dans le duodénum ou toute autre portion du tube intestinal. Nous allons revenir sur ce cas relativement heureux, sans nous occuper de l'ouverture directe dans le péritoine. Ce dernier cas étant à peu près fatalement mortel ne doit pas nous occuper.

Il est incontestable que des adhérences suffisantes peuvent s'établir entre la face inférieure ou le bord antérieur du foie et une portion quelconque du duodénum et de l'intestin grêle. Une ouverture se produisant alors que des adhérences solides se seront formées videra l'abcès à peu près sûrement aussi bien qu'une ouverture directe au bistouri. C'est certainement la terminaison la plus heureuse, c'est malheureusement aussi la plus rare; 2 pour 100 des cas seulement s'ouvrent de cette façon, aussi

serait-il insensé de compter sur un résultat aussi favorable, d'autant plus qu'il n'est pas fatalement heureux puisque l'ouverture peut être insuffisante ou bien encore les adhérences céder. Il ne nous reste donc plus que les ouvertures dans la plèvre à travers le diaphragme perforé.

C'est une terminaison moins rare puisqu'elle se produit dix fois sur cent, mais le résultat final n'en vaut guère mieux. Une pleurésie purulente en est la conséquence immédiate et vient encore assombrir un pronostic déjà presque fatal. La quantité de liquide épanché est presque toujours considérable, deux litres et plus, et à la fièvre intense qui se déclare la plupart du temps, à la cachexie qui existe déjà de longue date vient se joindre la dyspnée mécanique produite par la compression pulmonaire. Nous avons une ressource en pareil cas, l'empyème, mais c'est une opération aussi grave par elle-même que l'ouverture d'un abcès du foie par le procédé de Little, sans parler d'un Estlander ou de toute autre opération similaire qu'il faudra faire plus tard si le malade guérit.

Evidemment il vaut mieux que cette ouverture se produise que si l'abcès ne s'ouvrait pas du tout, puisqu'elle éclaire le diagnostic et force à intervenir, mais l'attendre serait une folie. Toutes ces considérations tombent d'elles-mêmes et bien d'autres encore qu'il nous serait facile de faire devant le chiffre formidable des statistiques.

Morts des malades non opérés pour 100 : de Castro donne 75 et la Société d'Alexandrie 88. Donc il faut opérer, mais comment ? telle est la question que nous allons essayer de résoudre.

Nous avons déjà parlé de l'ouverture par les procédés lents, avec la potasse caustique ou autrement. Ce sont des

méthodes qui ont fait leur temps. Elles ne donnent guère plus de sécurité que les méthodes rapides et exposent le malade à mourir avant qu'on ne soit intervenu de fait. La chirurgie moderne repousse d'ailleurs et avec raison tous les procédés opératoires en plusieurs temps toutes les fois qu'ils ne sont pas indispensables. Restent l'ouverture au trocart aspirateur, trocart laissé plusieurs jours en place et remplacé plus tard par un tube flexible, et enfin la méthode de Stromeyer-Little, ou incision rapide de la ou plutôt des parois qui recouvrent l'abcès.

Nous avons discuté déjà le premier de ces procédés. Il a encore ses partisans des plus autorisés, M. le professeur Lépine l'a employé ainsi que nous l'avons vu. De fait il donne environ 65 pour 100 de succès. Toutefois malgré l'autorité de ce grand maître, et nous lui demandons humblement pardon d'oser le contredire dans ce cas particulier, ce procédé a aussi fait son temps. En procédant de la sorte par exclusion, nous arrivons à l'incision rapide et large, au procédé de Little en un mot qui devra seul, croyons-nous, être employé à l'avenir.

CHAPITRE IV

Du procédé de Little. — Sa description.

En quoi consiste le procédé de Stromeyer-Little? Qu'est-ce qui le caractérise? Voilà une question à laquelle il n'est pas aussi facile de répondre qu'on pourrait le croire de prime-abord. Si nous nous en rapportons à tous les auteurs qui en ont parlé, en dehors de Little lui-même et de son premier opéré, le D^r Ayme; rien de plus facile que de le définir : Recherche hâtive du pus avec un trocart, ne pas craindre les ponctions exploratrices, les multiplier au contraire afin d'intervenir le plus tôt possible, et enfin ouvrir *d'un seul coup*, d'un *coup de sabre*, en enfonçant le bistouri à 7 ou 8 centimètres.

Voilà qui paraît clair, n'est-ce pas? Si, d'autre part, nous nous reportons à la traduction par le D^r Ayme de la communication modeste, très modeste même de Little, dans les *Archives de médecine navale* de 1880, cela le devient beaucoup moins. Cet auteur y parle effectivement de la

recherche hâtive du pus avec le trocart aspirateur. Il parle de l'incision en un *seul temps*, mais où diable Rochard, Mabboux et après eux Segond et beaucoup d'autres ont-ils trouvé ce mot d'un seul *coup de bistouri*. A moins que Stromeier-Little n'ait fait une communication ultérieure qu'il nous a été impossible de trouver, nous sommes obligés de constater qu'il dit tout le contraire de ce qu'on lui a attribué. Voici d'ailleurs ses propres expressions : « Le bistouri sera conduit sur un des côtés de l'aiguille aspiratrice et l'incision large de 5 à 6 centimètres devra comprendre toutes les parois thoraciques parallèlement aux côtes si on opère dans un espace intercostal. » Voilà les paroles qu'il prononce dans sa communication. Evidemment elles sont ambiguës, mais il se charge lui-même de les expliquer dans les deux observations qu'il donne où il se sert des termes suivants : « L'aiguille étant arrivée à une profondeur de 7 centimètres, le pus commence à couler sans aucun mélange de sang. L'appareil aspirateur est alors enlevé, le robinet de l'aiguille fermé et une incision de 5 à 6 centimètres de longueur pratiquée sur un des côtés de l'aiguille, au milieu de l'espace intercostal parallèlement aux côtes. *Tous les tissus sont divisés couche par couche*, jusqu'à ce que le pus s'échappe largement. A ce moment on retire l'aiguille et on introduit une forte pince pour dilater aussi largement que possible les parties profondes de l'incision. » Dans l'observation suivante il renvoie à cette première observation disant d'ouvrir de la même façon : « L'aiguille de l'aspirateur de Dieulafoy est introduite entre la huitième et la neuvième côte et le pus ayant été facilement trouvé on pratique une large ouverture au bistouri par *le même procédé*

et en prenant les mêmes précautions antiseptiques que *dans la précédente observation.* »

Telles sont les paroles de Little lui-même; il nous semble que nous sommes loin du coup de sabre. Nous nous croyons donc autorisé à dire que ce qui caractérise son procédé, ce qui en fait une nouveauté, c'est la recherche hâtive du pus et son évacuation sans prendre aucun souci du péritoine et des adhérences qui pourraient fermer sa cavité. Remarquons toutefois que Little ne craint pas d'opérer dans les espaces intercostaux.

Voilà la grande œuvre de Little qui lui donne des titres incontestables à la reconnaissance de ses contemporains. Aujourd'hui, on ouvre d'abord la paroi abdominale et en second lieu le foie. M. le professeur Poncet insiste sur la recherche du pus au moyen du trocart, mais ne se sert pas de ce dernier comme guide et cela avec raison. En outre, il ne recherche le pus que lorsqu'il a le foie sous les yeux, c'est-à-dire après l'ouverture de la paroi y compris le péritoine. C'est là une conduite qui aurait paru téméraire il y a quelques années, mais qui est absolument rationnelle aujourd'hui que la laparotomie est devenue une opération exempte de dangers et par cela même indiquée comme moyen d'assurer un diagnostic.

En second lieu, nous ne voyons pas du tout comment un trocart peut servir de guide. S'il avait la forme d'une sonde cannelée, la chose serait compréhensible, mais non sans cela. On pourrait faire construire un trocart ayant la forme voulue, mais l'utilité d'un instrument semblable ne s'impose pas. La présence du pus une fois constatée dans un foie que l'on aura directement sous les yeux,

l'incision hépatique n'aura pas besoin de guide pour atteindre sûrement son but.

Ceci posé, revenons à Stromeyer-Little et à sa méthode. Cette méthode, il ne la croyait pas sans doute destinée à un pareil retentissement. Il ne la croyait pas non plus capable de changer totalement la thérapeutique en même temps que le pronostic autrefois si sombre des collections hépatiques. C'est ce qui l'a empêché, croyons-nous, de protester contre la fausse interprétation donnée à ses paroles. Nous allons voir dans le chapitre suivant que la plupart des objections qu'on lui a faites tirent leur origine de cette erreur première.

CHAPITRE V

Reproches que l'on a faits à la méthode de Little.

Les principaux reproches qu'on ait adressés à la méthode de Little sont : qu'elle ne s'occupe pas de maintenir la concordance entre les lèvres des plaies hépatique et abdominale ; en second lieu, l'incision en un seul temps, d'un seul coup de bistouri, peut rencontrer soit de l'épiploon (Mabboux), soit de l'intestin (Ramonet), soit la vésicule biliaire. Nous avons déjà dit ce qu'il fallait penser de ce dernier inconvénient en insistant sur la fausse interprétation donnée aux paroles de Little. Le premier reproche subsiste seul, par conséquent, et nous allons nous en occuper. Nous verrons que, en somme, il ne paraît pas aussi fondé qu'on a bien voulu le dire.

Si la collection hépatique est considérable, le foie se rétractera, c'est vrai ; mais nous avons insisté sur l'intervention hâtive, très hâtive même, conseillée par Little.

Or, s'il y a peu de pus, le foie ne se rétractera pas et les lèvres des deux plaies resteront superposées et *parallèles* si on a eu soin de les faire telles. Nous croyons devoir insister sur la nécessité de faire les deux incisions absolument parallèles, non que des incisions perpendiculaires puissent empêcher l'abcès de se vider, mais parce qu'elles favorisent la pénétration du pus dans le péritoine; le jet venant se briser contre le bord supérieur de la plaie abdominale. Il est bien évident que, si la collection est considérable, le reproche que l'on a fait à la méthode de Little subsiste en entier. Il est enfin deux objections qu'on lui a adressées et sur lesquelles il est bon, croyons-nous d'insister. Nous voulons parler de l'ouverture faite dans un espace intercostal et de la pénétration du pus dans le péritoine considéré comme une chose négligeable.

A quoi bon ouvrir entre deux côtes, soit entre la dixième et la onzième, soit entre la septième et la huitième ainsi que le faisait Little? Nous ne voyons pas du tout les avantages que l'on peut retirer d'une ouverture dans un point aussi élevé. Le foie atteint, dépasse même toujours le rebord des fausses côtes, donc inutile d'aller le chercher plus haut.

Voilà donc, à notre avis une objection sérieuse parce qu'une pareille ouverture ne donne qu'un jour limité, à moins de réséquer une ou deux côtes, chose qui sera d'ailleurs la plupart du temps nécessaire par la suite à cause de la nécrose partielle consécutive à peu près fatale. Il en est de même de la seconde objection qui est encore plus sérieuse à notre avis et voici pourquoi.

Où le pus qui pénètre dans la cavité péritonéale est aseptique, ou il ne l'est pas, et dans ce dernier cas une

péritonite presque fatalement mortelle doit s'ensuivre. Admettons que, s'il est en petite quantité, il puisse se former une péritonite localisée et le pus s'enkyster ; admettons même, ce qui est plus que problématique, que ce pus puisse se résorber. Il n'en est pas moins vrai qu'il serait téméraire de compter sur un résultat aussi heureux. Donc, si le pus est septique, les succès de Little sont inexplicables.

C'est la conclusion qu'ont tirée les premiers auteurs qui ont commenté la méthode du chirurgien de Shangai. Rochard, en 1880, après l'avoir combattu, déclare Little « plus heureux que sage » et Long, dans sa thèse de Montpellier 1883, ne s'explique pas l'innocuité relative de ce pus. Depuis, la raison vraie a été trouvée et c'est à Peyrot que nous la devons. C'est que le pus des abcès du foie est souvent aseptique. L'est-il toujours ? Evidemment non et voilà pourquoi la méthode de Little n'est pas parfaite en ce sens qu'elle va à l'aveugle. C'est donc là le grand écueil du procédé, écueil que nous allons essayer d'éviter. Nous allons nous occuper du comment.

CHAPITRE VI

Comment peut-on empêcher l'effusion du pus dans le péritoine

On a dit, c'est Peyrot, d'Astros et Arnould qui parlent : Faites l'examen bactériologique du pus retiré par la ponction exploratrice et réglez votre conduite selon qu'il sera septique ou non. La chose est vraie théoriquement, mais elle nous ramène aux incisions lentes s'occupant d'abord d'établir des adhérences. Or, nous savons qu'une des principales conditions de succès, c'est d'agir vite. Nous ne nous attarderons donc pas à discuter ce moyen. On pourra y recourir si rien ne presse, mais la chose ne se présentera à peu près jamais. D'autre part, il est incontestable qu'on doit toujours aller au pire et supposer le pus septique si l'on ne veut s'exposer à des déboires, donc il faut chercher d'autres moyens d'atteindre le but rêvé.

Ces moyens sont assez nombreux. Nous avons d'abord les adhérences artificielles établies au moyen des points

de suture de la capsule de Glisson à la paroi. C'est un vieux procédé proposé par Horner et qui n'avait donné à son auteur à peu près que des succès, aussi était-il tombé complètement dans l'oubli. L'antisepsie est venue le remettre en faveur et aujourd'hui la plupart des chirurgiens essayent de l'employer. Dans les trois abcès du foie que nous avons vu opérer, deux par M. le professeur agrégé Jaboulay, le troisième par M. Montaz, chirurgien de l'hôpital de Grenoble, il a été essayé et n'a atteint son but qu'une fois. Il est donc infidèle, c'est le seul défaut que nous lui trouvions. Il faut noter cependant qu'il n'est pas toujours praticable, à cause de la minceur et de la friabilité extrême de la coque hépatique qui recouvre l'abcès. Dans un des cas où il n'a pu être mené à bien, celui de M. Jaboulay, les points de suture cédaient à mesure qu'on les plaçait ; dans le second, celui de Montaz, ils ont cédé en bloc au moment de la rétraction du foie. C'est donc bien un moyen inconstant sans parler du reproche qu'on lui a adressé d'empêcher les deux parois de la loge hépatique de s'accoler, reproche que nous ne croyons pas fondé du tout. Y a-t-il un moyen de tourner cette difficulté ? Oui et il appartient en propre à M. le professeur Poncet.

Il consiste à fixer à l'angle inférieur de la plaie abdominale le bord antérieur du foie ; cela au moyen d'un seul gros fil de soie plat prenant toute l'épaisseur du bord du foie et pénétrant de 1 ou 2 centimètres dans l'intérieur du tissu hépatique. Ce point de suture ainsi placé tiendra certainement le temps qu'il faut pour vider l'abcès et empêchera le pus de s'écouler dans la cavité péritonéale puisque le foie se trouvera attiré au dehors et restera

d'autant mieux appliqué contre la paroi. Quand bien même quelques gouttes viendraient à fuser, la quantité ne serait jamais considérable et les chances d'infection diminuées par conséquent d'autant. Ce fil pourra céder dans la suite à cause de la rétraction du foie qui va le faire tirer énormément. Si on craint cette éventualité, une contre-ouverture lombaire, comme l'ont pratiquée MM. Jaboulay et Montaz, sera de mise à notre avis.

Cette ouverture lombaire, nous dira-t-on, pourquoi ne pas la faire directement sans ouverture antérieure préalable? La proposition est séduisante au premier abord. Le foie par sa face supérieure et par son bord postérieur beaucoup plus épais que l'antérieur adhère aux côtes à ce niveau et sa rétraction ne courra pas le risque de l'empêcher puisque telle est sa situation normale. Sur une partie de son étendue il n'est même pas recouvert par le péritoine. Que de raisons par conséquent pour intervenir par la voie lombaire. C'est vrai, mais il y a le revers de la médaille.

A part quelques rares exceptions, une incision de ce genre courrait le risque de s'égarer parce qu'elle serait obligée de traverser une masse musculaire considérable, énorme si on la compare à la paroi abdominale antérieure. En second lieu, la coque de tissu hépatique est presque toujours plus épaisse en arrière qu'en avant et partant le pus plus difficile à trouver. Donc, on ne peut guère songer tout d'abord à une ouverture postérieure, sauf dans des cas tout à fait exceptionnels où l'abcès pointerait en arrière à la façon de certains kystes hydatiques. Mais une fois la collection hépatique vidée, par la paroi antérieure, la chose devient beaucoup plus simple en se servant de la grande

sonde cannelée comme guide, et du dilatateur gouttière de Tripier ensuite, ou encore d'une grande pince de Richelot qui saisira le drain et l'amènera dans la cavité. Il sera de la sorte facile d'éviter un écueil sérieux en ayant soin de faire cette contre-ouverture aussi bas que possible, je veux parler de l'ouverture de la plèvre.

L'idée de cette ouverture postérieure est très ancienne, mais si on l'a appliquée au traitement des abcès du foie, la chose n'a jamais été publiée à notre connaissance. Elle était réservée au traitement de certains kystes hydatiques à siège spécial. Israel de Berlin l'a à ce propos vantée ces derniers temps. Ce chirurgien va à la recherche du foie en réséquant une ou plusieurs côtes et en traversant plèvre et diaphragme. C'est une bonne idée puisqu'on évite, ou du moins qu'on peut éviter, de léser le péritoine, mais c'est tomber de Charybde en Sylla, puisqu'au lieu du péritoine on lèse la plèvre, ce qui ne vaut guère mieux. Nous sommes tout disposés pour notre propre compte à croire que cela vaut moins dans le cas présent et voici pourquoi. C'est parce qu'on a noté des cas de mort assez nombreux par pleurésie purulente alors qu'il s'agissait de simples kystes non septiques. Il en résulterait bien autre chose s'il s'agissait d'abcès avec streptocoques ou autres microbes pathogènes. Donc, nous croyons le procédé mauvais et n'insistons pas davantage sur son emploi. Ceci nous amène à parler des abcès d'origine différente.

Y a-t-il lieu de les distinguer au point de vue du traitement? Telle est la question que nous allons essayer de résoudre dans le chapitre suivant.

CHAPITRE VII

Diverses sortes d'abcès du foie, leur origine, leur virulence.

N'ayant en vue dans cette étude que les grandes collections purulentes qui occupent l'intérieur du foie et qui peuvent être traitées avec chance de succès, nous passerons sous silence les abcès consécutifs à la pyohémie, de même que les abcès miliaires, pour la bonne raison que ces deux affections sont incurables ou du moins au-dessus de toute thérapeutique chirurgicale. Nous n'aurons donc en vue dans toutes nos descriptions que les grandes collections hépatiques en une ou plusieurs loges; collections consécutives pour la plupart aux maladies des pays chauds; je veux parler de la dysenterie et de la malaria. Est-ce à dire que les personnes qui n'ont jamais quitté la France ne sont pas susceptibles de faire du pus dans leur foie? Ce n'est pas là notre pensée, et, dans une des observations que nous citerons bientôt, le malade n'avait jamais quitté

Aix-les-Bains, son pays natal, où il paraissait avoir vécu dans de bonnes conditions hygiéniques. Cela ne l'a pas empêché d'avoir un abcès du foie et même un abcès à forme aiguë. La raison, c'est qu'il aurait eu la dysenterie. Etait-ce une dysenterie telle qu'on la rencontre dans les pays chauds ? D'après l'allure, certainement ; mais il s'agit de savoir comment il l'avait prise, si on admet un microbe spécifique. Rien dans les commémoratifs de ce malade ne nous indique comment il aurait pu faire une dysenterie tropicale il y a neuf mois. La maladie qu'il a faite à cette époque y ressemble cependant de tous points. Et même en admettant la spécificité d'un microbe pathogène, nous croyons la chose explicable par ce fait qu'il a pu être contaminé par un malade venant des pays chauds, soldat ou autre.

Il est juste de convenir que ces abcès autrefois très rares sont devenus beaucoup plus fréquents depuis que nous avons un grand nombre de soldats dans les colonies ; mais, pour en être plus rares, ils n'en existaient pas moins autrefois dans nos pays. Donc le séjour sous les tropiques n'est pas une condition *sine qua non*. Ceci dit en passant, revenons à nos moutons.

Nous avons dit que les deux principales causes étaient la dysenterie et la malaria. La dysenterie vient en premier lieu, et, si notre dernier paragraphe est juste, nous sommes forcé d'avouer qu'il n'est pas nécessaire, pour avoir un abcès du foie, d'avoir habité les pays chauds lorsqu'on a eu la dysenterie ; mais la chose paraît indispensable si on n'a eu que la malaria. Nous voyons, en effet, les abcès du foie être très rares à Rome et dans la Campagne romaine malgré le nombre considérable de fièvres

même malignes, qu'on y rencontre. Y aurait-il deux sortes de malaria, ou bien le microbe en passant les mers se transforme-t-il ? C'est une question que nous ne nous proposons pas d'aborder, car elle n'entre pas dans le cadre que nous nous sommes fixé.

Cette digression, nous la croyons cependant utile parce que les abcès consécutifs à la malaria paraissent moins graves que ceux qui tirent leur origine de la dysenterie. Pourquoi ? Nous n'en savons rien. Nous ferons la même réponse si on nous demande pourquoi tel abcès du foie est septique alors que tel autre ne l'est pas. Ces deux questions pourraient, croyons-nous, faire l'objet d'un travail spécial, mais nous n'avons pas, et pour cause, à les résoudre ici.

Cette asepticité signalée par Peyrot a été constatée, depuis, un grand nombre de fois. Elle est venue expliquer pourquoi Little n'était pas seulement « plus heureux que sage » et prouver une fois de plus que le hasard, quelque aveugle qu'il soit, ne se trompe pas si souvent et dans des conditions si différentes. En effet, si nous consultons les statistiques, nous en trouvons une seule défavorable à la méthode que nous préconisons. C'est celle de Bertrand de l'hôpital maritime de Toulon. Nous devons ajouter toutefois qu'elle porte sur un petit nombre de cas, sur 12 seulement avec 8 morts comme résultat final. Nous ne savons vraiment à quoi attribuer cette mortalité prodigieuse, tellement elle est en contradiction avec ce qui a été publié avant et après. Est-on intervenu trop tard ; n'a-t-on pas opéré aussi aseptiquement qu'on aurait dû le faire ; les malades étaient-ils épuisés par des maladies antérieures ? Nous n'en savons rien ; quoi qu'il en soit, nous ne saurions mettre ces résultats funestes en parallèle avec ceux

obtenus ailleurs parce qu'ils ne portent pas sur un nombre de cas suffisant, 12 seulement au lieu de 40, cités dans la thèse de Caravias et 21 dans la communication de Mabboux.

En consultant ces deux auteurs, nous voyons Caravias¹ relever 2 morts sur 40 opérés et Mabboux 3 seulement sur 21 cas empruntés à 18 opérateurs différents. Les statistiques de Chauvel², de Defontaine³, de Barthélemy et Bernardi⁴, de Hache⁵, de Demler⁶, de Peyrot⁷ et de Boinet⁸ donnent à peu près les mêmes résultats.

Aux statistiques de ces auteurs nous nous permettrons de joindre les 3 malades que nous avons vu opérer, 2 chez M. le professeur Poncet, le 3^e par M. Moutaz à l'hôpital de Grenoble. De ces trois malades, un seul est mort et la méthode ne saurait être incriminée, puisque la mort est survenue par cachexie, plus d'un mois après l'opération.

Que deviennent en présence de ces résultats les statistiques anciennes où le minimum des morts était de 32 pour 100, c'est-à-dire 1/3 environ ? Il nous semble que la conclusion s'impose.

Il nous reste, avant de terminer cette étude, à donner

¹ Caravias, thèse de Paris, 1885.

² Chauvel, *Académie de médecine*, 7 mai 1889, et *Soc. de chirurgie*, 8 juin 1890.

³ Defontaine, *Revue de chirurgie*, 1888.

⁴ Barthélemy et Bernardi, *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1889.

⁵ Hache, *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1891.

⁶ Demler, *Progrès médical*, 1891.

⁷ *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1891.

⁸ Boinet, *Semaine médicale* de 1891.

les observations dont nous avons parlé ; observations complètement inédites et intéressantes en ce sens que l'examen du pus a été pratiqué deux fois par M. le Dr Dor. Dans le premier cas il était aseptique, et dans le second sa culture a donné des microbes inconnus, mais pas de streptocoque ni de staphylocoques, comme le voudraient certains auteurs allemands. Dans ce dernier cas, le pus inoculé à un chat l'a rendu très malade et lui a même donné quelques selles sanguinolentes. Nous attendions impatiemment l'autopsie, or elle n'a pas été faite pour la bonne raison qu'il n'est pas mort.

Avant de terminer, qu'on nous permette une courte digression sur un sujet qui n'entre pas dans le cadre de ce modeste travail, mais qui lui est de tous points assimilable ; nous voulons parler des kystes hydatiques suppurés.

Beaucoup de procédés ont été préconisés pour l'ouverture de ces kystes. Pourquoi ne les assimilerait-on pas à des abcès du foie et vouloir séparer deux choses qui offrent tant de points de ressemblance. Une seule chose les distingue, c'est le siège. Nous avons vu les abcès du foie pointer presque toujours en avant. Il n'en est pas de même des kystes. C'est là l'origine des incisions lombaires, transpleurales, etc., que l'on a préconisées et avec raison pour des kystes occupant le bord postérieur ou la partie postérieure de la face supérieure de l'organe. Ce sont là des exceptions auxquelles il faut songer, mais il n'en reste pas moins acquis que, dans la majorité des cas, les kystes suppurés se comportent comme des abcès. Ils sont septiques, c'est vrai, mais les abcès ne le sont-ils jamais ! Nous avons vu que l'on devait toujours agir comme

s'ils l'étaient. Donc, nous nous croyons autorisé en faisant quelques réserves pour des cas particuliers, à ranger les kystes suppurés dans la même classe que les abcès, et à conseiller la même intervention dans les deux cas. Ceci dit, passons aux observations.

OBSERVATION I

S. C..., vingt-huit ans, jardinier demeurant à Lyon, salle Saint Philippe, n° 1 bis ¹.

Père mort d'une affection d'estomac à soixante-dix ans, mère morte de hernie étranglée.

Bonne santé habituelle jusqu'à ces dernières années. Il y a cinq ans, ce malade fit un séjour de deux ans au Sénégal, dans l'infanterie de marine. Au bout de quatre mois, il contracta la fièvre intermittente, revêtant la forme tierce pendant la première année et irrégulière par la suite.

A aucun moment, le malade n'aurait eu de dysenterie véritable ; il est très affirmatif sur ce point. La dernière année, il aurait eu une appendicite accompagnée de péritonite qui exigea deux mois de repos au lit. Aussitôt guéri, il revint en France.

Pendant tout son séjour au Sénégal, il n'a jamais éprouvé de symptômes hépatiques. Pas de douleurs dans l'épigastre, pas d'ictère.

Le malade n'est pas non plus un alcoolique bien sérieux. Il boit environ un verre d'absinthe par jour. Revenu en France, il y a trois ans, il se rétablit complètement et se porta très bien pendant quelque temps. Il fit même ses vingt-huit jours l'année dernière en septembre.

Au mois d'octobre dernier apparaissent des troubles généraux

¹ Cette observation est due à l'obligeance de M. le D^r Villard, interne du service de M. Poncet.

mal définis, en même temps qu'une douleur localisée dans la fosse iliaque droite. Au mois de janvier, douleurs très fortes, au niveau de la région du foie. Ces douleurs très violentes empêchaient le malade de dormir. Elles avaient des exacerbations nocturnes sans jamais occasionner de vomissements. En même temps, perte de l'appétit et amaigrissement notable. Les douleurs ont persisté depuis, ainsi que l'affaiblissement de l'état général.

Depuis quatre mois seulement, le malade s'est aperçu d'une tuméfaction dans la région hépatique. Il entre alors dans le service de M. le professeur Lépine¹ qui le traite pour une périhépatite ou une pleurésie sèche. Comme traitement, pointes de feu dans la région du foie. Il fait ensuite un séjour à l'hôpital homéopathique et revient enfin à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Poncet. Pendant toute cette période, il n'a eu d'autres troubles de la digestion qu'un peu de constipation. Jamais de diarrhée, jamais de selles sanguinolentes, jamais d'ictère.

A son entrée, on trouve le malade amaigri avec des téguments pâles et les traits tirés.

A l'examen de l'abdomen, on note à première vue une tuméfaction considérable du côté du thorax et de l'hypochondre droit. Les côtes sont déjetées en dehors et forment une voussure très marquée. Pas d'altérations de la peau autres que les cicatrices des pointes de feu qui lui ont été faites dans le service de M. le professeur Lépine.

La palpation permet de reconnaître une tumeur qui paraît constituée par le foie dont elle reproduit la forme. On sent le bord antérieur de cet organe qui dépasse de cinq travers de doigt le rebord inférieur des fausses côtes à droite. Il se continue également un peu à gauche. La percussion confirme les limites inférieures. Elle montre en outre que le foie très augmenté de volume remonte jusqu'à un peu au-dessus du mamelon. En arrière, matité dans toute la moitié inférieure de la cage thoracique droite.

On ne perçoit pas nettement de fluctuation, mais plutôt une sensation d'empâtement. Pas de bruit de souffle à l'auscultation ; pas de frémissement hydatique.

¹ Nous donnerons dans un instant cette observation.

On constate en outre un peu d'épanchement ascitique dans la cavité abdominale, révélé par de la matité dans les deux flancs. La palpation est douloureuse et exagère les douleurs spontanées du malade. Pas de douleur dans l'épaule droite.

Rien dans les autres organes, l'auscultation du poumon droit montre seulement un peu d'obscurité à la base. Température rectale 37°,5.

Diagnostic. — Abscess du foie.

Le malade est opéré le 4 mai 1893 par M. Jaboulay. Incision de 15 centimètres pratiquée verticalement au niveau du bord externe du grand droit de l'abdomen. Incision du péritoine. Il s'écoule un peu d'épanchement ascitique citrin. Immédiatement on aperçoit le tissu hépatique congestionné et oedémateux. Le parenchyme garde l'empreinte du doigt. Une ponction exploratrice montre la présence d'une collection purulente.

Après avoir essayé de fixer le tissu hépatique à la paroi sans avoir pu y parvenir, étant donné la friabilité du foie, la collection purulente est largement ouverte au bistouri. Le pus de couleur sanieuse, un peu roussâtre, jaillit. Au moyen de tampons, on empêche autant que possible sa pénétration dans le péritoine.

La couche de tissu hépatique qu'on a dû traverser est d'environ 3 centimètres. On constate alors la présence d'une énorme poche occupant pour ainsi dire tout le foie et s'étendant en arrière jusqu'à la région lombaire. On ne peut atteindre avec le doigt la limite supérieure de la poche. Une contre-ouverture est pratiquée en arrière dans le dixième espace. A ce niveau on place un gros drain et une grosse mèche de gaze iodoformée dans la plaie antérieure.

Un pansement lâche à la gaze et au coton aseptiques est ensuite placé. Ce pansement est retenu par un simple bandage de corps. Les premiers jours le pansement est rapidement souillé et on doit le changer deux fois dans les vingt-quatre heures. Peu à peu la suppuration diminue et aujourd'hui 1^{er} juillet elle est complètement tarie et le malade dont les forces sont revenues à peu près intégralement, se dispose à quitter l'Hôtel-Dieu. Voici en dernier lieu l'analyse du pus due à M. le D^r Dor : La quantité de pus

contenue dans l'abcès était de 2 litres environ. Ce pus est acide, roussâtre et rempli de grumeaux, il renferme de nombreux cristaux d'acides gras. Les ensemencements sur gélatine, agar, bouillon, sérum de cheval, sont restés infructueux.

Voilà une observation intéressante à plus d'un titre. Elle nous montre d'abord combien la marche de ces abcès est insidieuse, puisque des cliniciens aussi distingués que M. le professeur Lépine peuvent à peine en soupçonner la nature un mois avant. Or, cet abcès a mis très longtemps pour se développer et des ponctions exploratrices auraient à peu près sûrement à cette époque révélé son existence. Nous croyons donc que dans des cas particuliers comme celui-ci la ponction exploratrice de Little, quelques défauts qu'on lui trouve, peut rendre des services. En second lieu, cette observation nous montre que la dysenterie n'est pas indispensable comme étiologie des abcès du foie, puisque notre malade n'a jamais eu même la diarrhée. Elle est enfin un des exemples curieux de ces abcès développés longtemps après le séjour du malade dans les pays chauds, trois ans en pareil cas. Nous croyons la malaria beaucoup plus que la dysenterie susceptible de donner ces abcès à longue échéance, car la malaria ne guérit jamais au lieu qu'il n'en est pas de même de la dysenterie qui peut reparaître une fois guérie, mais dans des cas exceptionnels seulement.

Comme complément à cette observation, qu'on nous permette de donner celle de ce même malade un mois et demi ou deux mois avant, alors qu'il se trouvait dans le service de M. le professeur Lépine.

Passons sur les antécédents qui nous sont connus. A son entrée, 27 février 1893, dans le service de M. le professeur Lépine, le malade présente des douleurs dans le côté droit qui datent du mois d'octobre. Il prend fréquemment des frissons et présente de phénomènes généraux adynamiques avec anorexie. Il a un point douloureux dans le côté droit, mais pas de toux ni d'expectoration. Une vive dyspnée qui dura quinze jours se présenta au début de la maladie, c'est-à-dire en octobre et parut céder à des badigeonnages de teinture d'iode ordonnés par un médecin. Dans la suite le malade se porte mal, il maigrit et perd l'appétit. Il a constamment au niveau des dernières côtes droites et en haut des exacerbations très douloureuses. Le facies est amaigri, maladif.

On constate de la douleur diffuse sur toutes les fausses côtes et un peu dans la partie costo-iliaque. Pas de signes de névralgie dorso-lombaire.

On trouve à la palpation et à la percussion un gros foie débordant les fausses côtes de deux travers de doigt sur la ligne mamelonnaire. Le foie est régulier et le bord normal. Il n'envahit pas l'espace de Traube qui est cependant diminué, masqué plutôt dans sa partie externe par de la mégalosplénie. La matité fournie par cet organe est en effet considérable, mais la palpation ne permet pas de le percevoir.

A la base droite on trouve un peu de matité, de la diminution de la respiration, mais pas de modifications nettes des vibrations, pas de râles, pas de frottements, pas de souffle.

Le 8 mars, on trouve de la matité franche à la base droite s'étendant jusqu'à moitié de la fosse sous-épineuse. Tympanisme sous-claviculaire. Vibrations notablement affaiblies en bas, augmentées dans le tiers moyen. Faiblesse du murmure. Le 24 mars, la zone mate paraît diminuer.

La température présente de grandes oscillations entre 37°,3 et 39°,3 pendant tout le temps que le malade reste dans le service, c'est-à-dire jusqu'au 31 mars.

Voilà donc un malade atteint dès cette époque à peu

près certainement d'un abcès du foie et cependant que de signes autres que ceux propres à cette dernière maladie n'a-t-il pas présentés. Ces signes ont suffi pour induire en erreur un maître aussi habile qu'expérimenté. Avec combien plus de facilité un praticien ordinaire ne se laisserait-il pas prendre. N'y a-t-il donc aucun moyen de s'assurer du diagnostic. Si, il existe, ce moyen, mais la chirurgie moderne seule ose l'employer. Je veux parler de la laparotomie exploratrice et de la recherche consécutive du pus avec un trocart lorsqu'on a le foie sous les yeux. Ce malade, à notre avis, était justiciable de cette intervention et quelque brutale qu'elle paraisse, il y aurait gagné certainement beaucoup, tant au point de vue de la gravité de son état qu'à celui de la durée de la maladie. Ceci posé, passons à la seconde observation qui, ainsi que nous allons le voir, est totalement différente de la première.

OBSERVATION II

R. G..., vingt-sept ans, employé à Aix-les-Bains, entré le 9 mars 1893, salle Saint-Maurice, n° 18.

Malade envoyé dans le service de M. le Dr Vinay avec le diagnostic d'abcès du foie porté par le Dr Françon d'Aix-les-Bains. M. le Dr Vinay l'envoie dans le service de M. le professeur Poncet.

Peu d'antécédents héréditaires. Pas de maladies antérieures. Robuste, issu d'une famille dont tous les membres sont bien portants. Le père seul est mort d'un cancer gastro-intestinal ?? Absence d'accidents tuberculeux, paludéens ou hépatiques.

Il y a neuf mois, apparition d'une diarrhée sans cause appréciable (peut-être du refroidissement), qui primitivement amenait

dix à douze selles par jour. Cette diarrhée devint tenace, ne cédant pas au traitement institué par un médecin ; les selles devinrent de plus en plus fréquentes jusqu'à quinze ou vingt en douze heures. Ces selles n'étaient pas douloureuses et n'amenèrent pas la perte de l'appétit et des fonctions digestives. Elles étaient primitivement couleur jaunâtre, puis striées de sang, se chargeant de débris épithéliaux au bout de quelques semaines. Jamais de coliques, jamais d'épreintes ou de ténésme.

Depuis quinze jours, apparition d'une fièvre vespérale avec frissons lombaires, douleurs lombo-dorsales, céphalées. Douleurs localisées à l'hypocondre droit avec une irradiation à l'épaule droite, aux lombes, enfin battements du cœur. Ces derniers symptômes datent de deux semaines environ. Depuis, amaigrissement considérable. Au moment où il entre dans le service, le malade a le teint jaune pâle, sans ictère. La face est amaigrie, la peau chaude, la langue un peu rouge sur les bords, blanchâtre au centre.

L'hypocondre droit est soulevé, les dernières côtes refoulées en dehors par la masse hépatique saillante à l'épigastre. La matité s'étend en haut depuis le cinquième espace intercostal jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes où la palpitation permet de sentir une masse de consistance pâteuse transversalement étendue jusqu'à l'épigastre. La fluctuation n'est pas perceptible. La tumeur offre une surface uniforme, sans saillies ; elle est très sensible à la pression qui provoque une douleur intense. En arrière du thorax, matité depuis le cinquième espace intercostal jusqu'au-dessous des dernières côtes. A l'auscultation, pas de bruit de souffle, pas de battements dans l'étendue occupée par le foie. Rien dans le reste de la cavité abdominale, pas d'ascite.

La respiration est obscure dans l'étendue très restreinte occupée par le poumon droit.

Le cœur est dévié fortement à gauche où sa pointe bat sur la ligne axillaire dans le cinquième espace intercostal. Léger bruit de souffle fébrile à la base.

Température, 39°,3 le matin ; 38°,2 le soir.

Urines chargées d'urates, nuage léger d'albumine.

Le 12 mai 1893, opération pratiquée par M. Jaboulay. Incision oblique de la paroi à peu près parallèlement au rebord des fausses côtes et faite à droite de la ligne médiane; à peu près au niveau du bord externe du muscle grand droit antérieur de l'abdomen. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un peu de liquide ascitique. On aperçoit alors le foie qui paraît congestionné. La palpation directe donne une sensation de mollesse différente de la consistance habituelle du parenchyme hépatique, mais on n'a pas nettement de godet œdémateux par la pression digitale. En plongeant la main en haut sous les côtes, on sent du côté de la convexité du foie une voussure très marquée.

A ce moment, sur le conseil de M. le professeur Poncet, on luxe dans l'ouverture de la plaie abdominale une partie du rebord inférieur du foie qu'on peut ensuite fixer plus facilement par six points de suture au fil de soie, placés profondément dans le tissu hépatique. Hémorragie légère au niveau de chacun des points de suture.

Une ponction exploratrice pratiquée donne issue à une petite quantité de liquide purulent chocolat. La ponction a été faite obliquement en haut et en dedans du côté de la face postérieure du sternum, point où on percevait nettement une tuméfaction.

On fait alors au bistouri une large incision. Un flot de pus s'échappe aussitôt. Rien ne s'écoule dans la cavité péritonéale. En explorant la poche, on reconnaît qu'elle a une capacité d'environ 1 litre et demi. L'épaisseur de la coque de tissu hépatique qu'il a été nécessaire de traverser pour atteindre l'abcès est d'environ 3 centimètres.

Un gros drain est placé dans l'ouverture; pansement à la gaze iodoformée par dessus.

Le lendemain 13 mai, on change le pansement souillé par une quantité de pus considérable. Le malade a un peu de diarrhée, quelques douleurs lombaires, mais pas de vomissements. L'abdomen est souple, non douloureux. Les jours suivants, le pansement est renouvelé de même. Chaque fois la suppuration est un peu moindre, elle n'a toutefois pas encore cessé complètement aujourd'hui

2 juillet. L'état du malade s'est cependant beaucoup amélioré et n'inspire plus aucune inquiétude. La guérison définitive n'est plus qu'une question de jours.

L'examen du pus pratiqué par M. le Dr Dor a fourni par la culture des microbes inconnus, mais pas de streptocoques ni de staphylocoques, malgré ce que prétendent certains auteurs allemands qui affirment qu'on doit toujours trouver ces deux derniers microbes. L'inoculation de ce pus à un chat l'a rendu très malade, toutefois l'animal est guéri depuis.

Voilà donc une observation complètement différente de la première que nous avons citée. D'un côté, séjour dans les pays chauds, pas de dysenterie, de la malaria seulement. Dans le second, pas de séjour dans les pays chauds, dysenterie sans malaria. Enfin, dans le premier cas, l'abcès met des mois pour se développer ; le pus est aseptique et le malade guérit plus vite. Dans le second, l'abcès se développe en quinze jours, le pus est septique et le malade met plus longtemps pour guérir. Peut-on déduire quelque chose de différences aussi tranchées dans l'étiologie et la marche d'une même maladie? Nous ne nous croyons pas autorisé à ériger en principe que les abcès dus à la malaria seule mettent plus longtemps à se développer et sont aseptiques ou réciproquement le contraire dans les cas où la dysenterie seule est en cause. Deux cas ne suffisent pas pour cela, et, si nous voulions nous baser sur un grand nombre, nous arriverions à des résultats absolument contradictoires. Il nous reste à parler de la troisième observation.

Nous regrettons de ne pouvoir citer en entier cette observation qu'il nous a été impossible de trouver. En voici toutefois un résumé succinct.

Le malade était âgé de vingt-six ans et revenait du Tonkin où il avait eu la malaria et la dysenterie. Il était profondément cachectique au moment de son entrée dans le service de M. le Dr Montaz en avril 1891. La fluctuation était perçue très facilement et aucun des signes, douleur de l'épaule, etc. ne faisait défaut. Le malade avait un peu d'ictère. Le diagnostic s'imposait et c'est presque une opération d'urgence que M. Montaz a pratiquée sur lui le jour même de son entrée. La fixation du foie à la paroi a été essayée, mais a lâché d'un bloc au moment de la rétraction du foie. La quantité de pus qui s'est écoulée était d'ailleurs considérable, au moins 3 litres. Il ne restait plus qu'une mince coque de tissu hépatique, épaisse de 5 ou 6 millimètres tout au plus. Voyant la difficulté d'assurer le drainage par la partie antérieure, M. Montaz a pratiqué une contre-ouverture dans la région lombaire et passe un gros drain par cette seconde voie. Le malade paraît se remettre pendant quelques jours, mais retombe bientôt dans une situation aussi critique qu'auparavant. La suppuration ne tarit pas malgré des lavages antiseptiques quotidiens pratiqués dans la cavité de l'abcès. Finalement, le malade meurt de cachexie un mois et demi après.

Voilà donc un troisième malade qui, lui, a eu la dysenterie et la malaria. Aucune des causes étiologiques des abcès du foie ne lui manque donc. Peut-on mettre la mort sur le compte du procédé d'intervention? Évidemment non. Jamais ce malade n'a eu son péritoine infecté et n'a suppuré par ailleurs que par son abcès lui-même. L'intervention n'a eu qu'un défaut, c'est qu'elle est arrivée trop tard. Si les médecins de marine qui l'avaient soigné tout d'abord étaient intervenus à temps, le malade aurait été à peu près sûrement sauvé. Donc, le mode d'intervention n'y est pour rien. Le malade venait justement de l'hôpital maritime de Toulon où on l'avait réformé pour n'avoir pas à l'opérer. Il avait quitté Toulon peu de temps après

la publication de la statistique si défavorable de Bertrand, statistique fournie par des malades opérés dans ce même hôpital de Toulon. Nous avons vu que, sur 12 opérés, 8 étaient morts. Si on les avait opérés aussi tard que le malade dont nous venons de parler, une seule chose nous étonne, c'est qu'ils ne soient pas morts tous les douze.

Il ne nous reste plus qu'à tirer quelques conclusions de toutes les considérations exposées dans ce travail et à dire quelles modifications on pourrait, d'après nous, apporter à la méthode de Little.

Nous avons vu, dans les trois observations que nous avons citées, employer la méthode de ce chirurgien, mais jamais dans sa pureté. Cela prouve qu'elle n'est pas parfaite et, tout en la conservant dans ses grandes lignes, nous croyons avoir le droit d'y toucher. Nous avons expliqué longuement les modifications que nous avions jugé utile d'y apporter. Il ne nous reste plus qu'à indiquer brièvement quelle doit être, en présence d'un abcès du foie, la conduite d'un médecin soucieux de sa renommée et de la vie de ses malades.

CONCLUSIONS

Que faire en présence d'un abcès du foie ? Nous nous croyons autorisé à dire qu'un seul traitement s'impose. Il consiste à ouvrir largement au bistouri la collection purulente dès que sa présence est certaine.

Pour acquérir cette certitude nous nous rangeons absolument à l'avis de MM. Segond, Poncet, etc., qui n'hésitent pas à pratiquer une laparotomie exploratrice. Grâce à cette laparotomie, la ponction exploratrice est faite à ciel ouvert. Il en est de même de l'ouverture de l'abcès. Sans elle, ponctions et incision marchent à l'aveugle, et, avec le procédé de Little pur, il est impossible de savoir d'une façon exacte ce que l'on fait. Quelle est en dernier lieu la marche à suivre pour atteindre le résultat indiqué plus haut ? la voici :

Dans un premier temps, on incisera la paroi abdominale conche par couche en prenant comme lieu d'élection de

cette incision le bord externe du muscle grand droit antérieur de l'abdomen et le rebord des fausses côtes. Dans un second temps, faire quelques ponctions exploratrices pour être bien fixé sur le siège de l'abcès. En troisième lieu, fixer le foie à l'angle inférieur de la plaie abdominale par un seul fil de soie plat qui maintienne le contact. On aura soin, au préalable, de rechercher le bord antérieur de cet organe. Dès qu'on l'aura trouvé, on passera le fil avec une aiguille ordinaire mousse qui traverse d'abord la paroi et en second lieu le tissu hépatique dans une profondeur de 1 ou 2 centimètres. Nous préférons cette aiguille ordinaire mousse à l'aiguille de Reverdin ou toute autre similaire, parce qu'une aiguille tranchante favoriserait la déchirure consécutive¹. Afin de faciliter le passage de cette aiguille, avoir soin de la prendre suffisamment longue et aussi courbe que possible. Reste l'incision qui constitue le cinquième temps de l'opération. Avoir soin de faire l'incision hépatique parallèle à l'incision abdominale. En second lieu, avoir soin de pousser le bistouri là où le trocart nous a montré la présence du pus. Ces deux incisions devront être obliques par rapport à l'axe du corps et parallèles au rebord des fausses côtes.

La collection ouverte, le pus jaillira et l'abcès ne tardera pas à se vider complètement s'il est unique. Une fois l'abcès vidé, quelle conduite tenir ? Tout dépendra des cir-

¹ Nous préférons cette façon due à M. le professeur Poncet de fixer le foie à celle qui consiste à employer plusieurs points pénétrant dans la capsule de Glisson seulement. Elle est en effet plus rapide et plus solide puisque l'autre est infidèle ainsi que nous l'avons vu.

constances. S'il y a lieu de soupçonner la présence d'autres abcès secondaires, ce qui est rare, mais enfin ce qui peut se rencontrer, les rechercher afin de les ouvrir à leur tour. Explorer avec le doigt dans un sixième temps la cavité elle-même de l'abcès et voir quelle est l'épaisseur de la coque hépatique. Si elle est épaisse de 2 ou 3 centimètres, placer un gros drain, laver à l'eau boriquée ou phéniquée faible et appliquer un pansement antiseptique épais. Si elle est mince, faire une contre-ouverture en arrière et passer le drain par cette ouverture lombaire. Nous avons déjà dit que, de ce côté, nous n'avons pas à craindre la rétraction et que les parois hépatique et lombaire resteront accolées et empêcheront de la sorte l'entrée du pus dans le péritoine. La déclivité de ce dernier drain facilitera d'ailleurs beaucoup l'évacuation du pus. Après cela, avoir soin de fermer l'ouverture antérieure avec de la gaze iodoformée. En procédant de la sorte, que le fil antérieur tienne ou ne tienne pas, la cavité de l'abcès se trouvera suffisamment isolée du péritoine. Et c'est tout. Il ne reste plus qu'à renouveler le pansement dès qu'il est souillé. Les premiers jours la chose se produit vite, mais au bout de quelque temps on pourra espacer un peu plus les pansements, et finalement ne les renouveler que tous les trois ou quatre jours au lieu d'en appliquer deux dans les vingt-quatre heures. Comme dernière recommandation, avoir soin de raccourcir le drain à mesure que la cavité se ferme et ne jamais insister pour le faire pénétrer trop profondément.

Ainsi traités, les abcès du foie doivent guérir quelle que soit leur nature. Il en est de même à notre avis des kystes suppurés. Nous disons doivent guérir et non pas guéri-

rout, car il est des malades cachectiques, d'autres que la suppuration consécutive de l'abcès lui-même affaiblira au point de rendre toute guérison impossible. Nous ne parlons pas des maladies intercurrentes ou déjà acquises qui pourront grossir le chiffre des insuccès. Toutes ces causes, nous sommes pour le moment dans l'impossibilité de les prévenir et souvent de les combattre. N'importe, nous espérons qu'en traitant les abcès du foie de cette façon, c'est-à-dire par le procédé de Stromejer-Little ainsi modifié, on arrivera à des résultats encore plus brillants que ceux obtenus jusqu'ici ; car on supprimera l'infection péritonéale dans le cas où le pus serait septique. Nous avons vu précédemment que telle n'est pas la règle ; mais il n'en reste pas moins acquis que la chose se présente quelquefois.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THESE,
PONCET.

Vu, bon à imprimer

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Divers traitements employés jusqu'en 1880, où parut le procédé de Stromeyer-Little.	9
CHAPITRE II. — Diverses méthodes autres que celle de Stromeyer- Little	15
CHAPITRE III. — Des diverses ouvertures spontanées.	19
CHAPITRE IV. — Du procédé de Little. — Sa description.	22
CHAPITRE V. — Reproches que l'on fait à la méthode de Little.	27
CHAPITRE VI. — Comment peut on empêcher l'effusion du pus dans le péritoine ?	30
CHAPITRE VII. — Diverses sortes d'abcès du foie, leur origine, leur virulence.	34
CONCLUSIONS	51

